

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

176^{N°}

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Alfred FISCHER

Né le 5 mars 1909, à Cernault (Roumanie)

RAPPORTS MEDICO-LEGAUX

ENTRE

SUICIDE ET ASSURANCE-VIE

Président de Thèse : M. CLAUDE, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

RAPPORTS MÉDICO-LÉGAUX

ENTRE

SUICIDE ET ASSURANCE-VIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552007_0042

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Alfred FISCHER

Né le 5 mars 1909, à Cernauti (Roumanie)

RAPPORTS MEDICO-LEGAUX

ENTRE

SUICIDE ET ASSURANCE-VIE

Président de Thèse : M. CLAUDE, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BESANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâtr.
BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
BERNARD Et... Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCC Pathologie chirurgicale
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale
DE GAUDART
D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ Henri.. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUÉJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expériment.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI... Neurologie et Psychiâtr.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-
DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale
RICHEL Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale
SÉZARY Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIÈRE Pathologie expériment.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT
(Pasteur) .. Pathologie médicale.
VELTER Ophthalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN		LE LORIER ...	
BRULÉ		LÉVY-SOLAL ..	
CHIRAY		METZGER	
DUVOIR			
HARVIER			
LIAN			

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
CADENAT	
HEITZ-BOYER ..	
MOCQUOT	
MOURE	
SCHWARTZ ...	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agr.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de notre profonde affection et de notre grande reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le PROFESSEUR H. CLAUDE
Professeur de la Clinique de Psychiatrie
de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il veuille bien recevoir l'hommage respectueux de toute notre gratitude et reconnaissance.

A Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-VALENSI

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé de ses précieux con-
seils.*

*Nous lui exprimons tout spécialement notre
profonde gratitude et nos plus sincères
remerciements.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Le suicide en cas d'assurance-vie est non seulement une question d'actualité, mais encore une question d'actualité pratique.

Nombreux sont les cas, où les suicidés étaient assurés.

Puisque l'assurance ne paie qu'en cas de suicide pathologique, on comprend facilement l'intérêt considérable de l'interprétation de la nature du suicide.

Nous nous excusons de soulever des discussions concernant la nature du suicide, mais il nous semble, qu'il est utile d'analyser, aussi brièvement que possible, les différentes conceptions, d'opposer les critiques qui ont été faites à chacune d'entre elles, de montrer finalement les difficultés parfois insurmontables auxquelles on se heurte en voulant interpréter un suicide dans un but pratique, celui de l'assurance-vie.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter des faits nouveaux, nous ne voulons qu'attirer l'attention sur ces difficultés d'interprétation, sur les preuves si difficiles à fournir et sur la fréquence des procès, qui durent des mois, parfois des années.

Nous estimons, qu'une modification, une simplification, une réforme des dispositions actuelles est nécessaire.

HISTORIQUE

L'idée, qui sert de base à l'assurance sur la vie, préserver la famille de la misère, lors de la mort prématurée de son chef, est déjà fort ancienne.

Chez les Romains, existait une coutume, par laquelle le mari au moment de son mariage apportait une certaine somme, destinée à servir à l'entretien du ménage après sa mort.

César, en traversant la Gaule, trouva cette même coutume chez les habitants de ce pays.

A l'époque des Empereurs romains, il y avait des associations chez les soldats, qui payaient les frais d'inhumation et subventionnaient la veuve du défunt. On pourrait multiplier les exemples historiques.

C'est dans la deuxième moitié du ^{xvii}^e siècle qu'on a commencé à établir les tables de mortalité, bases de l'assurance-vie.

John GRAUNT (1662), fut le premier, qui essaya de calculer la durée probable de la vie humaine en se servant de statistiques concernant les décès de la ville de Londres. Johann de WITTE continua son œuvre.

La première société d'assurance-vie fut fondée à Londres (1706), par une charte de la reine Anne, ce fut « l'Amicale Society ».

Cette Société, exigeait la même prime de toutes les

personnes entre 12 et 45 ans et c'est seulement « l'Equitable Society » qui s'est le plus rapprochée du système actuel des assurances en augmentant les primes avec l'âge. Plus tard, les Compagnies sont devenues populaires et leur système s'est perfectionné.

En France, la première société qui eût le droit d'assurer sur la vie fut la « Compagnie Royale d'Assurances » en 1788. Mais à cette époque, les Compagnies de ce genre étaient considérées comme immorales : « L'homme étant hors de prix, sa vie ne saurait être un objet de commerce ».

Ce n'est qu'à partir de 1818, que les Compagnies d'Assurance-Vie ont commencé à se multiplier. En 1819, fut fondée la « Compagnie d'Assurances Générales sur la Vie des Hommes »; dix ans plus tard, en 1829, « l'Union », en 1830 « la Nationale » et les autres suivirent.

CHAPITRE PREMIER

Les premières Compagnies d'Assurance-Vie admettaient que tout contrat était annulé de plein droit dans trois cas bien définis :

- 1° Lorsque l'assuré s'est suicidé ;
- 2° lorsqu'il a été tué en duel ;
- 3° lorsqu'il a été exécuté judiciairement.

Les Compagnies étaient donc libérées de tout engagement si l'une de ces trois circonstances se présentait. Mais déjà, en 1867, LEGRAND DU SAULLE dit dans son « Etude médico-légale sur l'assurance-vie », qu'il est de toute évidence et de toute justice, que les Compagnies d'Assurance-Vie paient la prime aux héritiers lorsque l'assuré, auparavant bien portant est frappé d'aliénation mentale, en proie à un délire triste, à des idées de persécution, à des hallucinations attente à ses jours. « Pour lui, celui qui s'est donné la mort dans un état bien et dûment constaté d'aliénation mentale ne peut être réputé d'avoir péri victime d'une mort volontaire ».

En effet, si l'on consulte actuellement un traité d'assurance sur la vie, nous trouvons les lois suivantes concernant le suicide :

- 1° Le suicide conscient dégage l'assureur ;
- 2° La déchéance est alors opposable au bénéficiaire, bien que le suicide ne lui soit pas imputable ;

3° Une clause d'inconstestabilité est sans valeur et ne lie pas la Compagnie quand le suicide a été conscient ;

4° Inversement, l'assurance doit produire son plein effet si le suicide a été inconscient ;

5° Toutefois, l'assurance peut conventionnellement attacher même au suicide inconscient, un effet de déchéance ;

6° La question de savoir s'il en est ainsi, sera résolue d'après les termes du contrat.

Donc le suicide de l'assuré entraîne la déchéance, lorsque les circonstances dans lesquelles il a eu lieu et celles qui l'ont immédiatement précédé prouvent qu'il a été un acte réfléchi et complètement volontaire, accompli par l'assuré dans la plénitude de ses facultés. L'assurance doit donc être déclarée nulle s'il est établi, que l'assuré s'est donné volontairement la mort.

Mais le suicide n'annule pas l'assurance, s'il est établi, que depuis plusieurs semaines, l'assuré donnait des signes évidents d'aliénation mentale et que le jour de sa mort, il était visiblement en proie à un trouble mental, qui ne lui laissait pas le libre usage de sa volonté. Il en résulte que l'assurance doit payer en cas de suicide inconscient. Mais qu'appelle-t-on légalement suicide inconscient ?

« Il faut entendre par ces mots, le suicide intervenu dans un moment où l'assuré sous l'influence d'une cause quelconque a perdu la conscience de ses actes et est, par suite, irresponsable de la mort prématurée

qu'il se donne ». (DUPUICH, *Traité d'Assurance-Vie*, 1922.)

« Une simple tentative ne suffirait pas pour entraîner la déchéance. La déchéance n'étant attachée qu'au suicide même. »

*
* *

Certaines Compagnies excluent rigoureusement la mort volontaire. D'autres, au contraire, lui étendent le bénéfice de l'assurance. Elles insèrent, à cet effet, une clause, dite d'incontestabilité.

On se trouve alors en présence d'une police dite incontestable. La langue anglaise a fourni plusieurs synonymes pour désigner la même idée, tels que police « unquestionable » ou « indisputable » ou encore « unchallengeable ».

Dans sa conception la plus large, la clause d'incontestabilité se réfère à deux ordres d'idées : d'une part, la Compagnie renonce à se prévaloir de toute déchéance encourue par l'assurée pour réticences ou déclarations inexactes quand la police a couru un certain temps,

d'autre part, ce délai expiré, elle prononce aucune exclusion quant aux risques de suicide, duel ou condamnation judiciaire. Cette dernière clause d'incontestabilité est la plus contestée.

En France, les Compagnies d'Assurances ne veulent pas introduire la clause d'incontestabilité en cas de suicide et une clause d'incontestabilité ne lie pas l'Assurance quand le suicide a été non pathologique.

Les Compagnies étrangères se montrent moins rigoureuses à l'égard du suicide. Elles inscrivent volontiers dans leurs polices la clause d'incontestabilité et ne manquent pas de vanter l'avantage qui résulte de cette clause.

Cependant, quelques Compagnies avaient songé à introduire dans la question un élément nouveau, le temps écoulé depuis la signature du contrat. Il leur paraissait intéressant de rechercher à quelle époque le suicide s'était produit.

Si l'assuré se donnait la mort peu de temps après la signature du contrat, il était à supposer qu'il était hanté par l'idée du suicide au moment même où il s'était assuré. Au bout de deux ou trois ans on considérait, que si le suicide se produisait au moins n'était-il pas prémédité au moment de la signature du contrat.

Les Compagnies suisses ont adopté la clause d'incontestabilité, mais le temps d'épreuve qu'elles imposent est assez long. Il était de trois ans pour la « Société Suisse d'Assurances Générales », et pour la « Zurich » de cinq ans pour la « Gènevoise », « Bâloise », « Caisse cantonale bernoise », « Caisse de Prévoyance suisse », etc., etc.

En Allemagne, le délai était également de cinq ans pour la « Teutonia » de Leipzig et « l'Allgemeine Versorgungsanstalt » de Carlsruhe, de trois ans avec la « Lebensversicherungsgesellschaft » de Leipzig et la « Lebensversicherungs et Ersparnisbank » de Stuttgart. Pourtant certaines Compagnies n'ont pas admis

jusqu'aujourd'hui, la clause d'incontestabilité. Ainsi la « Gothaer Lebensversicherungsbank », la plus ancienne des Compagnies allemandes exclut sévèrement le suicide, sauf, toutefois, s'il se produit en état d'aliénation mentale ou à la suite de graves maladies physiques. La même exclusion se trouve dans les polices de la « Concordia » de Cologne.

La « Germania » de Stettin a établi un système particulier comprenant une véritable échelle de responsabilité. La première année, elle ne paie rien. Les trois suivantes, elle rembourse les primes. La cinquième année, l'assurance devient incontestable.

En Belgique, la « Royale belge » admet que, quand l'assurance a cinq ans de vigueur, le contrat ne peut être annulé. Pour « la Compagnie belge d'assurances générales », le délai est réduit à trois ans.

En Autriche, ce délai est de un an.

En Hollande, il est de trois ans, mais les Compagnies doivent déjà payer l'indemnité avant ce laps de temps, s'il est prouvé que le suicide était pathologique.

Les Compagnies anglaises ont été les premières à admettre la clause d'incontestabilité. A l'heure actuelle, le délai fixé est de un ans ; elles paient donc l'indemnité intégralement, si le suicide intervient un an après la signature du contrat, quelle que soit sa nature.

La législation argentine a réglé par l'article 554 du Code de Commerce, la question du rapport entre le suicide et l'assurance-vie.

« Le contrat d'assurance sur la vie est nul en cas de suicide, duel, mort par condamnation judiciaire ou quelque circonstance criminelle ». Cet article ne spécifie donc pas la nature du suicide, cependant, il est admis par la jurisprudence, qu'il s'agit dans ce cas du suicide volontaire et que tout suicide pathologique ne dégage pas l'assureur.

Le Professeur LOUDET de Buenos-Aires rapporte dans la « *Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina legal* » (Buenos-Aires, julio-agosto 1933). Ces deux décisions suivantes du tribunal argentin :

1° « Le contrat d'assurance sur la vie est annulé lorsque le suicide dépend d'un acte volontaire et non quand il est le résultat d'une impulsion étrangère à sa volonté ou d'un état démentiel ».

2° « S'il a été stipulé la nullité du contrat en cas de suicide, la Compagnie ne devra pas payer, même s'il existe des preuves évidentes que l'individu a agi dans un état démentiel. »

Les législateurs ne sont pas d'accord pour savoir à qui incombe la preuve du suicide et de sa nature pathologique ou non.

Les uns, avec MALAGARRIGA veulent, que les preuves soient partagées, le suicide devant être démontré par l'assurance et sa nature pathologique par le bénéficiaire.

Les autres, avec Manuel OBARRIO, se rapprochant de la législation belge, chargent le bénéficiaire d'apporter toutes les preuves.

La doctrine opposée est soutenue par RUBEN DE CORDER, VIDANI et VIVANTE.

M. LOUDET trouve toutes ces preuves trop compliquées. C'est ainsi qu'il s'exprime : « L'article 554 du Code de Commerce permettant dans certaines polices la classification du suicide en « conscient » et « inconscient » est une clause impie et injuste, qui devrait disparaître des contrats » (*Rev. de Crim. Psiq. et Méd. lég.*, Buenos-Aires, julio-agosto 1933).

CHAPITRE II

En France, la nature du suicide soulève chaque jour de nombreux problèmes. Une question surgit :

Existe-il un suicide conscient et non pathologique ?

Conception sociologique, conception psychiatrique se combattent depuis bientôt un siècle sans apporter une solution définitive. Entre ces deux conceptions extrêmes, il faut faire une place pour une conception intermédiaire, qui semble concilier sociologues et psychiatres.

Il y a donc trois conceptions :

A. Conception psychiatrique ;

B. Conception sociologique et

C. Conception intermédiaire.

A. — Déjà vers la fin du XVIII^e siècle, SAUVAGES (1771), imputa les suicides à certains troubles mentaux. « Le suicide », disait-il dans son ouvrage « La Nosologie méthodique » est ordinaire à plusieurs maniaques et mélancoliques ».

En 1791, PINEL conclut en se basant sur un certain nombre d'observations, que la mélancolie peut conduire au suicide.

Au XIX^e siècle, la conception psychiatrique du suicide fut confirmée et défendue par GALL (1810), qui étudia les rapports du suicide et de l'anxiété mélancolique.

Pour BURROWS (1820), il est admis que le suicide est pathologique.

« L'homme n'atteint à ses jours », disait ESQUIROL (1821) », que lorsqu'il est dans le délire, et les suicidés sont des aliénés ».

FALRET (1822), BRONE (1838), CAZAUVELH (1840), BOURDIN (1845), DUBRUYNÉ (1847), Brière de BOISMONT (1851), LISLE (1856), BERTRAND (1857), MOREAU de TOURS (1885), VIALON (1900) ont tâché d'apporter des preuves personnelles que le suicide ne peut être que pathologique.

Les partisans actuels les plus fervents de la conception psychiatrique et pathologique du suicide sont Maurice de FLEURY et Achille DELMAS.

« Le suicide », dit le premier, « est le plus sombre drame et la plus difficile énigme, et qu'il faut pour le déterminer, de ces impulsions comme en fournissent seuls les grands bouleversements de l'émotivité ces humains marchent à la mort pour des causes si différentes, accidentelles seulement, parce qu'ils ont entre eux quelque lien caché, quelque ressemblance, quelque tendance véhémence, commun à tous, cause profonde et véritable du geste terminal. « Il semble évident, que M. de FLEURY entend par ce « lien caché » qui unit tous les suicidés, un trouble mental, base même de leur acte.

Achille DELMAS partage son opinion et considère le suicide comme une « monstruosité » comme une « perversion ». Opposé à l'instinct de conservation, tendance naturelle et spontanée, qui soumet impé-

rieusement tout individu à l'effort de persévérer dans son être, il est contraire aux lois naturelles. Le but est à la mort. La psychiatrie peut seule expliquer les raisons du suicide.

Dans son ouvrage, « La psychologie pathologique du suicide », il les divise en pseudo-suicides et suicide vrai.

Les pseudo-suicides englobent cinq catégories.

1° Le « suicide accident », qui n'est qu'une erreur fatale, où il n'entraîne aucun désir du sujet de se donner la mort. C'est le cas de l'ancien soldat, qui se tue en nettoyant un revolver, de la ménagère imprudente, qui laisse le robinet à gaz ouvert, et s'asphyxie. On pourrait trouver des nombreux exemples semblables ;

2° Le « suicide-démence », le sujet devenu inconscient se donne la mort sans raison et sans but. C'est le type du suicide pathologique ;

3° Le « suicide-contrainte », par lequel le sujet conscient se donne la mort malgré lui. De fait, il n'a pas le choix entre vivre et mourir, mais seulement entre les différents modes de suicide. C'est le cas de SOCRATE ;

4° Le « suicide-euthanasie », où l'individu sachant sa mort prochaine et inévitable met fin à ses jours pour éviter une mort plus terrible. Les médecins qui connaissent mieux que quiconque l'évolution fatale de leur maladie ont recours à cette sorte de suicide. Enfin, la Révolution française nous en a apporté beaucoup d'exemples. Nombreux sont ceux, qui pour échapper à la guillotine ont eu recours au poison : BARBAROUX,

CHAMBERLAIN, LEBAS pour ne citer que les plus connus.

Cependant, il faut reconnaître qu'il existe un plus grand nombre encore de sujets atteints de maladies incurables, souffrant terriblement, appelant la mort dans les paroxysmes de leurs douleurs et qui ne se tuent pas, gardant au fond de leur cœur, l'espoir d'une guérison possible, espoir si tenace dans le cœur de l'homme. Il faut donc là encore admettre, que ceux qui mettent fin à leurs jours ont une constitution différente, une émotivité spéciale ;

5° Le « suicide ethisme » est le cas de ceux, qui se donnent la mort pour remplir un devoir héroïque et sacré. C'est le cas du capitaine de vaisseau, qui sombre volontairement avec son navire pour ne pas se livrer à l'ennemi.

Enfin, nous arrivons au « suicide vrai », « l'acte par lequel se donne la mort tout homme lucide, qui pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir, en dehors de toute obligation éthique ».

Deux grandes causes entrent dans la pathogénie du suicide vrai : la cyclothymie et l'hyperémotivité ». Aucun sujet, dit-il, qui n'est ni cyclothymique, ni hyperémotif ne peut se suicider, quelles que soient les circonstances ».

La cyclothymie est une sorte de déséquilibre psychique, innée et héréditaire qui fait originellement et définitivement partie du tempérament de ceux qui l'ont reçu en lot à leur naissance. C'est ce qu'explique les suicides familiaux, l'hérédité transmise étant non pas la

tendance au suicide, mais la constitution psychopathique.

La cyclothymie agit, soit :

1° Au cours d'un accès dépressif paroxystique, aigu et épisodique ou accès mélancolique ;

2° Au cours d'un état continu dépressif, chronique et rémittent ou dépression constitutionnelle.

Elle est responsable de 90 % des suicides. Les 10 % restant sont fournis par les hyperémotifs. Réagissant démesurément à l'égard de toutes les émotions, irritables, susceptibles, peu capables de se maîtriser, le moindre incident peu les pousser à se donner la mort. C'est chez eux qu'on trouve les causes sociologiques invoquées par les statistiques :

Abandon du conjoint ;

Découverte de son infidélité ;

Perte d'un être cher ;

Revers financiers, pertes de situation, etc.

Hyperémotifs et cyclothymiques agissent au cours d'un paroxysme anxieux.

« Les paroxysmes anxieux de la cyclothymie sont presque toujours spontanés, c'est-à-dire qu'ils débute par une modification physiologique interne (85 %). Quelques-uns d'entre eux seulement et aussi les paroxysmes de l'hyperémotivité sont déclenchés par des causes externes (abandon, deuil, ruine, etc.), 15 %. L'anxiété peut être suicidogène, et est non seulement la cause nécessaire, mais encore la cause suffisante du suicide ».

Achille DELMAS conclut à l'inexistence du suicide

non pathologique. « Ne se suicide pas qui veut, ne se suicident que les aliénés et les prédisposés. Ces prédisposés sont plus impressionnables, plus sensibles que la moyenne des hommes ».

B. — A la thèse psychiatrique, opposons la thèse sociologique, si magistralement prônée par DURKHEIM et HALBWACHS. Se basant sur des statistiques, tout suicide relève d'une cause sociale. Si DURKHEIM reconnaît l'existence de suicides dus à l'aliénation mentale (manie, mélancolie, obsession, impulsion automatique) et les considère comme étant l'expression d'un état individuel, n'affectant nullement « l'aptitude personnelle de chaque société », il les néglige dans l'étude du taux social des suicidés et de la détermination de ses causes. Dans son ouvrage « Le suicide », il admet que la vie collective a deux caractères, à savoir : « que toute société tend d'une part, à intégrer ses membres en un tout, et, d'autre part, à exercer sur leurs sentiments et leur conduite une action régulatrice. L'affaiblissement ou l'exagération de ces tendances donnent naissance à des courants suicidogènes, de nature, de qualité et d'actualité différente, dont l'intensité détermine le taux social des suicidés. »

C'est ainsi que l'individu se suicide pour mettre sa personnalité au-dessus de la personnalité collective (suicide égoïste), de même l'intéressé peut se sacrifier par devoir ou obligation (suicide altruiste). On expliquerait ainsi le hara-kiri des Japonais et le sacrifice des veuves de l'Hindoustan.

Enfin, il arrive que certains individus ne peuvent

se plier à la discipline collective, qui limite leurs aspirations et quittent une société dans laquelle ils ne trouvent aucune satisfaction à leurs besoins ou leur bonheur (suicide anémique).

HALBWACHS (1930), continuant l'œuvre de DURKHEIM ajoute aux causes sociales du suicide, des causes réelles et déterminantes : ce sont pour les uns la misère, les pertes de procès ou d'emploi, pertes de jeu, pour d'autres les chagrins de famille, l'amour contrarié, toute cause d'ailleurs, qui ne survient, que chez l'individu vivant en collectivité.

CHAPITRE III

Après avoir passé en revue ces deux théories, il nous semble difficile d'admettre exclusivement l'une d'entre elles, aucune ne nous satisfaisant pleinement et répondant à tous les cas de suicide.

En ce qui concerne la thèse sociologique, il est en effet impossible de se faire une idée sur les causes du suicide, acte aussi rigoureusement personnel, en dehors de l'individu lui-même.

D'autre part, cette théorie est basée sur des statistiques. Or, que nous apportent ces statistiques ? Bien peu de choses en vérité. Quel éclaircissement pouvons-nous avoir lorsque nous apprenons que les hommes se suicident plus que les femmes, les célibataires plus que les hommes mariés, les athées plus que les croyants ? Mais il reste à savoir pourquoi cette prédiction ?

Les psychiatres répondront sans doute avec DELMAS, que le célibat et la virginité vont de pair avec une anomalie psychique, qui est le plus souvent une dépression constitutionnelle.

Les sociologues, que le célibat est antisocial et que ce sont des individus, qui se sont mis en dehors de la collectivité et que son action régulatrice n'a pu les freiner

Ces deux conceptions peuvent en effet nous satisfaire dans un assez grand nombre de cas. Mais ne faut-il pas admettre, cependant, qu'il y ait des célibataires qui se suicident pour d'autres causes que leur célibat ?

Enfin, les statistiques elles-mêmes peuvent être sujettes à caution. Elles omettent inévitablement les tentatives de suicides, qui elles, seraient utiles à étudier parce que les rescapés pourraient nous donner des renseignements sur leur état d'esprit au moment de l'acte. Bien souvent, pour causes religieuses on étiquète mort naturelle, un suicide. Enfin, on a pris souvent des crimes pour des suicides et inversement. Pour éviter ces causes d'erreur, il aurait fallu qu'il existât un office de statistique proprement dit, avec un personnel technique préparé à sa tâche.

Si l'on admet les résultats obtenus par HALBWACHS, c'est-à-dire qu'il y a en moyenne 175 suicidés par million d'habitants dans les pays européens entre 1922-1925 et qu'ils s'expliquent par une cause sociale, le bouleversement produit par la guerre, qu'elle est la cause qui a préservé de la mort volontaire les 999.825 restants, soumis à ce même bouleversement ? Il faut bien admettre dans ce cas, que la cause sociale a été en grande partie une cause occasionnelle ayant déterminé le suicide chez certains prédisposés.

Il faut admettre aussi que la cause sociale peut jouer seule, de même, que la prédisposition peut être seule en cause et nous ne pouvons pas nier que l'élément social joue un grand rôle dans le déterminisme du sui-

cide de gens indemnes de tares psychiatriques et de constitution normale.

Ces quelques critiques formulées, passons à la théorie psychiatrique, qui si elle nous satisfait dans la majorité des cas, n'englobe pas tous les suicides.

Admettre, comme le dit notre Maître M. le Professeur LÉVY-VALENSI, que tout suicide est pathologique, c'est oublier la maladie incurable, déshonneur, ruine, etc... Certes, si on admet, que les circonstances qui forcent le sujet de se donner la mort créent un état passionnel, une folie, tout suicide est morbide.

Mais on ne peut dire, que tous les cyclothymiques et hyperémotifs constitutionnels soient des anormaux. On peut faire à cette théorie, la même critique qu'à la théorie sociologique. Comment se fait-il, qu'il existe 12 à 15 % des cyclothymiques et que le nombre total des suicides n'atteigne pas 0,17 % ?

Nous connaissons tous, des sujets, qui étaient tout à fait normaux, et qui, à la suite d'une faillite se sont suicidés, ne voyant pas comment ils pourraient jamais se libérer de leurs dettes. C'est le sentiment de l'honneur, de la probité, qui joue, et non pas la crainte de la misère. C'est par un sentiment, le plus droit, le plus pur, que nous trouvons peut-être chez l'homme, que ces sujets se sont donnés la mort. Pouvons-nous vraiment les classer parmi les anormaux ?

N'est-ce pas un suicide normal, que celui de la femme, qui perd par accident son mari et ses enfants et à qui il ne reste aucune affection, aucun but sur la terre. Si même on admet dans ce cas une hyperémoti-

tivité, cette hyperémotivité est justifiée, normale en quelque sorte.

Enfin, M. ABDERRAHMAN dans sa thèse de doctorat (Paris 1933) sur le « Suicide émotif et sur le suicide non pathologique » a cité des cas de suicides manqués, qu'il a étudiés dans le service de M. le Professeur agrégé LÉVY-VALENSI, et dans lesquels il n'a retrouvé aucun des signes d'hyperémotivité, donnés par DUPRÉ :

- 1° Exagération des reflexes tendineux et cutanés ;
- 2° Hyperesthésie sensitive et sensorielle ;
- 3° Déséquilibre des réactions vaso-motrices, dermographisme, alternatives de rougeur et pâleur ;
- 4° Tendance aux spasmes de muscles lisses ;
- 5° Tremblement des muscles striés. Tremblement émotif, etc.

Par ce court aperçu, nous voyons qu'il faut admettre en dehors du suicide pathologique des suicides normaux et en ceci nous sommes renforcés dans notre opinion par les statistiques cliniques fournies par M^{lle} SERIN, M. Georges DUMAS et par le Professeur HUBNER. Nous les rapportons dans leur intégrité.

M^{lle} SERIN dans son « enquête médico-sociale sur le suicide à Paris » en 1926 a étudié 420 cas. Elle a trouvé :

Un tiers de cas de suicides nettement pathologiques, causés, par ordre de fréquence : par la dépression mélancolique, les troubles mentaux, qui accompagnent l'intoxication alcoolique, l'involution sénile, la dé-

mence précoce, l'épilepsie, les psychopathies traumatiques, l'obsession-suicide, les délires chroniques, les démences organiques, la paralysie générale, la puerpéralité, les délires fébriles, les séquelles d'encéphalite léthargiques.

Un tiers de cas de suicides au cours d'une intoxication alcoolique aiguë. Il ne s'agit pas ici de suicides, qui sont dus aux troubles mentaux engendrés par l'imprégnation alcoolique. Ce sont ceux, qui ont « le vin triste » qui se noient ou se pendent sans motif appréciable et incapables d'expliquer pourquoi ils voulaient mourir.

Un tiers de cas de suicides non pathologiques où elle n'a trouvé aucune tare psychopathique. Ce sont des suicides de veuf ou veuve, à la mort du conjoint, du mari ou d'amant abandonné, du vieillard repoussé par les enfants ingrats, de filles abandonnées au cours d'une grossesse. Les souffrances, le cancer, la crainte d'une infirmité, de la cécité en particulier, la misère, sont des causes importantes du suicide normal.

George DUMAS sur les treize cas qu'il a étudiés personnellement a noté :

Six cas de périodiques ;

Trois hyperémotifs ;

Quatre suicides normaux.

Donc un tiers de suicides normaux non pathologiques.

Enfin, arrivons à la dernière statistique, que nous devons à M. HUEBNER, qui a étudié 526 cas à Bonn.

Il a noté :

Troubles mentaux certains	44,48 %
Troubles mentaux probables	4,37 %
Difficultés matérielles	14,83 %
Criminalité	9,89 %
Condamnation judiciaire	0,38 %
Mariage malheureux	1,52 %
Troubles sexuels	0,76 %
Mésentente familiale	3,04 %
Maladies incurables	9,13 %
Amour-propre déçu	0,76 %
Alcoolisme	2,47 %
Pertes au jeu	0,38 %
Causes méconnues	6,47 %
Cas exceptionnels	0,57 %

Parmi les causes sociales, HUEBNER admet qu'elles ont joué comme facteurs exogènes et qu'il est possible qu'elles ont donné cette réaction suicidogène chez certains hyperémotifs ou cyclothymiques. Mais il lui est impossible d'en fixer le pourcentage, de même qu'il ne peut délimiter le nombre de cas de suicides tout à fait normaux, tout en reconnaissant l'existence des suicides normaux.

C. — Charles BLONDEL concilie ainsi sociologues et psychiatres :

« Dans l'activité humaine deux ordres de causes se pénètrent, le physiologique et le sociologique. En la majorité des cas, c'est vanité de vouloir rattacher nos

comportements exclusivement à l'un des deux. La réalité se moque des doctrines et des méthodes; ce qu'elle nous offre avec la vie humaine, c'est une intrication indissoluble du physiologique et du sociologique et elle nous invite ainsi à supposer dans le régime des causes la même intrication que dans celui des effets ».

« En ce qui concerne le suicide, il y aurait péril à tout rejeter des conceptions dues aux sociologues, mais il y aurait péril tout autant à reconnaître ici le rôle du pathologique, qui peut avoir des causes sociales, qui peut être également social par ses effets, mais qui en lui-même n'a rien de social ».

En résumé, la question du suicide pathologique ou non nous apparaît d'une extrême complexité.

Il est sans conteste, que la majorité de suicides sont pathologiques, mais on ne saurait nier, qu'un certain nombre ne soient normaux. Si l'on se rapporte aux statistiques cliniques citées précédemment, il nous apparaît qu'un tiers relève de causes sociales.

Il est vrai de dire, que les psychiatres répondront que cette cause sociale a agi chez des prédisposés et qu'elle n'a fait que révéler un trouble mental préexistant. D'ailleurs, même si ces troubles pathologiques ne sont pas évidents, qui peut dire l'état d'esprit du sujet au moment, où il commet son acte ?

Pourtant, il existe des individus, qui ont préparé leur mort d'une façon si précise, si méticuleuse, ont mis ordre à leurs affaires avec tant de soin, ont expliqué les causes pour lesquelles ils se sont donnés la mort

d'une façon si raisonnable et si logique, qu'on est obligé de reconnaître la lucidité de ces sujets. Nous croyons donc à l'existence du suicide normal, non pathologique.

CHAPITRE IV

Nous avons développé aussi brièvement que possible la thèse du suicide pathologique ou non et nous en avons montré toutes les difficultés. Cette question n'a pas seulement un but scientifique, mais surtout un but pratique.

En effet, il existe une éventualité civile, qui nécessite assez fréquemment l'intervention du médecin légiste. Un certain nombre de suicidés ayant contracté une assurance sur la vie, la Compagnie d'assurances refuse fréquemment de payer l'indemnité. Etant donné que l'assurance ne paie qu'en cas de suicide et de suicide inconscient, nous voyons toute l'utilité des chapitres précédents.

L'Assurance doit apporter la preuve du suicide et le bénéficiaire celle de l'inconscience.

Cependant, la jurisprudence s'est le plus souvent prononcé en sens contraire. Elle oblige l'assureur à prouver non seulement le fait même du suicide, mais encore, le fait du suicide conscient.

Il n'est pas toujours facile de prouver le suicide lui-même et nous connaissons de nombreux exemples, où la lumière n'a jamais été faite. Accident ? Crime ? Mort subite ? Suicide ?

Telles sont les éventualités qui se présentent à l'es-

prit devant une mort subite en dehors de tout témoin, et qu'il s'agit de résoudre.

Voici un cas rapporté par M. HUEBNER dans son ouvrage : « Psychiatrisch-Neurologische Begutachtung in der Versicherungsmedizin », 1928.

Un jeune étudiante M^{lle} X..., âgée de 24 ans est trouvée morte un matin dans sa chambre, asphyxiée par le gaz d'éclairage. Accident ou suicide ?

Si l'on recherche dans ses antécédents on ne retrouve aucune cause qui puisse faire croire qu'elle s'est donnée la mort. De famille riche, étant en parfaite santé, on ne lui connaissait aucune liaison, qui puisse expliquer ce geste. La veille, elle s'était montrée gaie, enjouée, spirituelle, au point que tout le monde fut étonné de sa fin tragique.

Faute d'autres preuves, on a conclu à un accident. Mais ceci n'est pas certain. Il pouvait y avoir des causes cachées, que la jeune fille n'a pas voulu révéler même à ses plus intimes.

Un autre cas cité également par M. HUEBNER :

M. Y... se tue d'une balle de revolver en nettoyant son arme. Au premier abord, il semble, qu'on soit en présence d'un accident, pourtant si on fait une étude approfondie de ses antécédents on trouve qu'il s'agissait d'un morphinomane, ayant des graves difficultés financières. On a conclu au suicide.

Pourtant, un morphinomane endetté ne peut-il se tuer accidentellement ?

Nous voyons donc que la question accident ou suicide est parfois difficile à résoudre, qu'il est parfois

malaisé de juger si un poison a été pris intentionnellement ou par inadvertance, si une chute dans l'eau ou d'un lieu élevé a été accidentelle ou volontaire. Même l'entourage immédiat, famille ou amis peut quelquefois hésiter et rester incertain. Il y a donc parfois des difficultés insurmontables pour les juges et les autorités d'identifier l'accident ou le suicide.

Si cette difficulté de la preuve du suicide est grande, celle de l'inconscience l'est encore plus.

Nous avons vu dans les chapitres précédents, que si beaucoup d'experts ne reconnaissent qu'un suicide pathologique, d'autres admettent l'existence de suicides normaux, volontaires.

C'est donc une question d'appréciation, d'interprétation qui dépend des opinions de l'expert, qui va déterminer les décisions du tribunal. Chaque suicide, dans lequel le sujet est assuré, pourrait être la cause de multiples controverses.

L'expert lui-même n'ayant pas vu le sujet durant sa vie est obligé de se faire une opinion d'après les dires des héritiers, qui ont tout intérêt à plaider l'inconscience, d'après les documents, les dernières volontés, les lettres, les ordonnances du médecin, toutes choses qui sont assez difficiles à interpréter.

On ne peut avoir que des motifs présumés du suicide, rarement une certitude. Et quand bien même nous nous serions faits une idée des causes probables normales ou non, qui ont motivé le geste fatal, qui peut connaître l'état d'esprit du sujet au moment même de l'acte ? Il est vraiment difficile de savoir dans

quel état psychique se trouvait le suicidé au moment même de l'acte, s'il était agité ou déprimé, calme, anxieux ou irrité. Et cela ne suffit pas. En effet, il s'agit de savoir, non s'il a obéi à une émotion plus ou moins forte, à une préoccupation plus ou moins obsédante, mais si cette émotion a été assez forte pour obnubiler complètement sa volonté, pour lui enlever la conscience de l'acte qu'il allait accomplir.

Le suicide est un acte librement et volontairement accompli, pour la loi, si on démontre que dans la vie du suicidé, rien ne dénote l'altération des facultés mentales, qu'il n'est relevé dans les antécédents de sa famille aucun indice de prédispositions héréditaires, et que dans son existence entière et dans les circonstances, qui ont immédiatement précédé sa fin tragique, tout concourt pour attester que cette fin a été l'œuvre d'une volonté consciente et libre.

En admettant même, que l'assuré ait été d'une constitution cyclothymique ou hyperémotive, et qu'il ait été sujet à des accidents paroxystiques, son suicide ne peut être réputé inconscient, si les actes accomplis par lui depuis le fait qui a motivé son suicide jusqu'à l'instant de ce suicide même, établissent qu'il avait conservé la plénitude de ses facultés mentales.

Le Tribunal demande donc pour admettre que le suicide est conscient ou non des preuves difficiles à fournir.

Parmi les nombreux litiges nous allons rapporter deux cas dans lesquels la difficulté a été extrême.

Premier cas

Ce cas, nous le devons à KLIENEGER (Medizinische Klinik, 7 septembre 1932).

M. E.-W... ayant contracté une assurance sur la vie s'est suicidé le 14 janvier 1932 d'une balle de revolver au cœur.

Le médecin traitant, le Dr B..., invoque l'inconscience.

En effet, il soignait E.-W..., pour une maladie rénale avec urémie et œdème cérébral tel, qu'il lui enlevait tout son raisonnement et le contrôle de ses actes. Il avait trouvé également une dépression mélancolique, qui l'a conduit à cette issue fatale.

On n'a pu faire l'autopsie. Tous les renseignements étaient fournis par l'examen du médecin.

Interrogeant son entourage, on apprit, que E.-W... était apparu à tous comme tout à fait normal, s'occupant de ses affaires avec soin, prenant ses dernières dispositions calmement. On savait, en outre, qu'il avait des difficultés financières depuis un certain temps.

Sa femme raconte, qu'il était en pleine santé jusqu'en décembre dernier et qu'ayant appelé le médecin le 27 de ce mois, ce dernier avait constaté une douleur lombaire violente à droite, que le malade avait peine à s'asseoir, anurie presque complète, céphalée, anorexie, malaise, nausées. En janvier, est apparue une dépression mélancolique et les complications déjà mentionnées plus haut.

Le Professeur C... ne croit pas à l'existence d'un œdème cérébral.

Et puis, les urémiques sont en général asthéniques, n'ont pas l'énergie nécessaire pour choisir un mode de suicide, qui demande autant de précision et de volonté, que la mort par une balle de revolver. M. E. W... était donc conscient, non en proie à une confusion mentale.

Le Tribunal n'a pu encore se prononcer.

Deuxième cas

Le 23 juillet 1931, un riche industriel, M. A. B..., était trouvé mort dans son cabinet de travail, la tête trouée d'une balle. Un revolver gisait à ses pieds. Le suicide ne faisait aucun doute. M. A. B... avait laissé un mot, épinglé à son veston, pour dire qu'il s'était donné lui-même la mort et pour transmettre aux siens ses suprêmes volontés.

Le malheureux laissait derrière lui, une situation pécuniaire délicate. Entré jeune dans les affaires, il en avait connu, à l'époque de la guerre et dans les années qui suivirent, la prospérité souvent paradoxale et inquiétante. En douze ans, il avait réalisé des bénéfices, qui atteignaient dix millions. Habitué à ces gains colossaux, cédant au surplus, à ses goûts naturels, il s'était laissé à mener une vie en rapport avec d'aussi exorbitants revenus. Puis, un jour vint où cette prospérité factice fléchit. Pour soutenir le train de son

existence fastueuse, M. A. B... dut recourir à des emprunts considérables.

Par ces emprunts et ces abandons, M. A. B... engageait la moitié de son actif. Il ne lui restait plus de disponible que sa part sociale dans la maison G..., et un immeuble situé dans le Midi de la France. De toute évidence, il attendait la fin de la crise économique, un redressement général des affaires à la faveur duquel il rétablirait sa situation. Ce redressement ne se produisit pas. La crise ne fit que s'aggraver. Dans les mois, qui précédèrent son suicide, l'industriel devait 112.000 francs au percepteur. Il était criblé de dettes et on allait le saisir.

La Compagnie d'assurances a refusé de payer la prime des polices en invoquant, aux termes de ses statuts, la déchéance résultant du suicide volontaire. M^{me} A. B... a donc dû l'assigner devant le Tribunal civil de la Seine.

Dans le cas présent, le suicide ne fait pas de doute. Mais la Compagnie d'assurance est-elle fondée à soutenir qu'elle ne doit rien verser, parce que M. A. B... était pleinement conscient de ses actes, lorsqu'il s'est donné la mort ?

M. A. B... était un déséquilibré mental. Cela résulte des déclarations de ses associés, qui le connaissaient depuis quinze ans et, mieux encore des constatations d'un certain nombre de médecins aliénistes, qui ont été appelés à lui donner leurs soins et à se prononcer sur son état.

Les médecins l'ont toujours considéré « comme un

déséquilibré mental chez qui on devait prévoir comme presque fatale une issue anormale ou un accident tragique, comme celui par lequel il termine son existence. « L'hérédité pathologique était lourde dans son ascendance. « Non seulement l'agitation, l'instabilité mentale et le déséquilibre y sont presque de règle, mais encore nous y trouvons deux cas de suicide chez deux cousins germains du père ». A part une tendance aux colères violentes, il ne semble pas avoir présenté d'anomalies relevant de la psychiatrie.

M. A. B... souffrait depuis vingt ans d'un « rhume des foins » de forme particulièrement sévère. Avec la période de son rhume des foins, coïncidaient des crises alternatives d'excitation et de dépression encore plus marquées que le reste de l'année. Il lui arrivait alors de rentrer chez lui tous les jours vers le milieu de l'après-midi en se traînant, comme sous l'effet d'une insurmontable fatigue, de se coucher et de se tenir au lit pendant huit à dix jours consécutifs en se plaignant de rachialgies intenses, sans que les examens les plus variés et de multiples radiographies aient jamais révélé la moindre anomalie. Puis, brusquement et sans motif apparent, il passait une ou deux semaines en rentrant chez lui seulement au milieu de la nuit et faisait preuve d'une gaieté, d'un entrain, d'une exubérance plus que juvénile et témoignant de la même exagération que l'abattement qui précédait. Parallèlement, les anomalies mentales s'exagéraient. Les idées de grandeur se traduisaient par des commandes de vêtements par douzaines et

par des désirs d'originalité, tel que celui de faire broder des signes du Zodiaque en grands écussons sur son linge de corps et on pourrait en multiplier les exemples.

Plusieurs médecins concluent donc à « l'existence d'un état cyclothymique avec phases de dépression et d'excitation sur un fond de déséquilibre mental avec tendance à des réactions inadaptées aux circonstances ».

« Il apparaît, que si M. A. B... a pu avoir des soucis dans sa vie privée ou des préoccupations relatives à certaines conditions matérielles, celles-ci n'ont pu qu'exagérer des tendances naturelles au déséquilibre mental, augmenter encore les manifestations dépressives, que les médecins avaient observés antérieurement chez lui et particulièrement les réactions anxieuses, qui se sont traduites à plusieurs reprises sous la forme hypocondriaque ou sous la forme d'un pessimisme de suicide ».

Ainsi concluaient les avocats des demandeurs : suicide et suicide accompli dans un moment de démence. La Compagnie n'est donc pas fondée à invoquer la déchéance.

Les avocats de la Compagnie disent : D'après la loi, c'est aux demandeurs qu'il appartient de prouver que M. A. B... a agi inconsciemment, qu'il a été entraîné par une de ces forces irrésistibles qui ne permettent pas au libre arbitre de trouver son application. La preuve a-t-elle été apportée ?

En admettant même que l'assuré ait été d'une constitution cyclothymique, qu'il ait été un déséquilibré

psychique, il reste à savoir si au moment de l'acte même, le facteur exogène en question a été assez fort pour l'obnubiler, pour lui enlever la conscience de cet acte.

Les dernières instructions laissées par le malheureux semblent écrites par un homme, qui savait parfaitement ce qu'il faisait, qui a tout prévu dans le détail, qui n'a rien omis.

Les avocats de l'Assurance concluaient ainsi : « M. A. B... s'est tiré une balle dans la tête en pleine connaissance de cause et il l'a fait parce qu'il était acculé à une situation impossible à cause de son impécuniosité, de ses dettes et de l'état désespéré de ses affaires ».

Le Tribunal a estimé qu'il n'avait pas en main de quoi se faire une opinion et il n'a pas encore pu se prononcer.

*
* *

Ces deux exemples suffisent pour illustrer l'extrême difficulté du suicide pathologique ou non.

Voilà deux procès, qui ont commencé il y a deux ans environ et n'ont pas encore reçu de solution définitive.

Or, les suicides sont assez fréquents pour qu'un compromis se fasse entre les Compagnies et les assurés. Pour ne citer que la « Gothaer Lebensversicherungsbank » on sait, quelle a dû payer au cours des

soixante-quinze premières années de sa formation dans 1.269 cas de suicide.

Déjà en 1908, COMMARMOND, dans sa thèse de doctorat en Droit « Le suicide dans l'Assurance sur la Vie » jugeait, que la pratique suivie par les Compagnies françaises relativement au suicide engendrait trop de complications.

« Les Compagnies anglaises et américaines », disait-il « excluant toute distinction entre le suicide conscient ou non et en décidant de payer l'indemnité stipulée, même si l'assuré s'était donné volontairement la mort, ont adopté un système plus simple et plus libéral ».

A quelles conclusions aboutissons-nous ?

CONCLUSIONS

1° La question du suicide en cas d'assurance sur la vie est une éventualité civile, qui nécessite assez fréquemment l'intervention du médecin légiste.

2° L'interprétation de la nature du suicide se trouve à la base de cette question, la Compagnie ne payant qu'en cas de suicide pathologique.

3° Nous avons admis l'existence du suicide pathologique et non pathologique, tout en montrant les difficultés énormes, parfois insurmontables d'en fournir la preuve.

4° En nous rapprochant de la législation anglaise, nous estimons que pour éviter les procès longs et coûteux, pour simplifier la question et pour couper court à toutes ces difficultés d'interprétation, soulevées par le suicide pathologique ou non, la meilleure solution pratique est de faire payer l'Assurance dans tous les cas de suicide, sans tenir compte de sa nature, lorsque celui-ci intervient douze, treize, quatorze mois après le payement de la première prime.

5° Ce laps de temps pourrait être fixé par des dispositions spéciales du contrat variant avec chaque Compagnie.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABDERRAHMAN. — Sur le suicide émotif et sur le suicide non pathologique (*Thèse de Doctorat en médecine*, Paris, 1933).
- BLONDEL (Ch.). — Le suicide (Strasbourg, 1933).
- CAZAUVELLJ. — Suicide et aliénation mentale, 1840.
- COMMARMOND (F.). — Le suicide dans l'assurance sur la vie (*Thèse de la Faculté de Droit de Paris*, 1907-1908).
- DELMAS (A.). — Psychologie pathologique du suicide, 1932.
- DUPUICH. — Traité d'assurances-vie, 1922.
- DURKHEM. — Le suicide, 1897.
- THURBROOTH. — Conditions of payment by our life insane persons (*Finska läk-sällsk Handl.*, aug. 1927).
- GROTWAHL. — Beitrag zur Lehre vom Selbstmord, Kiel 1901.
- HALBWACHS. — Causes du suicide, 1930.
- HUEBNER. — Psychiatrisch-neurologische Begutachtung der Lebensversicherungsmedizin.
— Der Selbstmord in der Lebensversicherungsmedizin, Bonn 1928.
- KLIENEBERGER. — Failure of attempt to prove that suicide was result of weakness of will brought on by nephritis, uremia and cerebral edema (*Medizinische Klinik*, 2 sept. 1932).
- LEGRAND DU SAULLE. — Etude médico-légale sur les assurances-vie, 1867.

- LÉVY-VALENSI. — Le suicide pathologique (*Progrès Médical*, 1928).
- LONDET (Oswaldo). — Alienacion mental, suicidio y segurà de vida (*Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina legal*, Buenos-Aires, julio-agosto 1933).
- MOREAU. — Suicides étranges (*Annales medico-psychologiques*, 1890).
- REBOUL. — Essai sur la pathogénie du suicide (*Thèse de la Fac. de Médecine*, Bordeaux, 1899-1900).
- SERIN. — Enquête médico-sociale sur le suicide dans la ville de Paris (*Presse Médicale*, 1926).
- WEICHBWDT (R.). — Question of suicide from point of view of insurance (*Monatschrift für Unfall*, april 1933).

Imprimerie spéciale de la Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris-6^e
